



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی بوشهر  
دانشکده پزشکی

**پایان نامه دوره دکترای حرفه ای پزشکی**  
**بررسی علائم روانپزشکی در مراقبت کنندگان بیماران مبتلا به**  
**دمانس**

**دانشجو :**

**سیده انسیه سجادی زاده**

**استاد راهنما :**

**جناب آقای دکتر آرش مولا**  
**استادیار روانپزشکی**

**استاد آمار:**

**جناب آقای دکتر آرش مولا**

**این طرح با تصویب و حمایت مالی حوزه معاونت پژوهشی دانشگاه علوم**  
**پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بوشهر اجرا گردیده است.**

**شهریور ۸۹**

چکیده

زمینه دمانس یا زوال عقل یک بیماری مغزی پیش رونده است در این بیماری تحلیل رفتن و کاهش تدریجی بافت مغز باعث زوال عملکرد و توانایی ذهنی فرد می شود. دمانس با توانایی فکر کردن، استدلال و ارتباط اجتماعی فرد رابطه دارد و می تواند منجر به ناتوانی او در مراقبت از خود شود، بنابراین این بیماران نیاز به همکاری و مراقبت و نظارت برای فعالیت های روزانه دارند بنابراین نقش مراقبت کنندگان ارزش زیادی در مراقبت دارد و مراقبت های گسترده آنها سبب افزایش امید به زندگی در بیماران دمانسی می شود. هر چه سطح اختلال رفتاری بیماران بیشتر باشد به همان نسبت نقش مراقبت کنندگان بیشتر می شود که این مشکلات خاص خود را دارد. رفتار مراقبت کنندگان در افزایش شیوع افسردگی، اضطراب و سلامت فیزیکی فرد تاثیر دارد. هدف این مطالعه نیز بررسی نقش رفتار مراقبت کنندگان و ارتباط نوع رفتار آنها با نشانه های عصبی-روانی و میزان استرس موجود می باشد.

مواد و روش کار : در این مطالعه تعداد ۳۵ نفر از کسانی که از یک بیمار مبتلا به دمانس مراقبت می کردند به عنوان primary caregiver ( یک عضو خانواده، معمولاً همسر یا فرزند بزرگتر) مورد بررسی به صورت انجام مصاحبه و تکمیل پرسشنامه قرار گرفتند.

علاوه بر این تعداد ۳۵ نفر گروه کنترل از بین کسانی انتخاب شدند که هم خود و هم سالمندشان فاقد هرگونه بیماری زمینه ای بودند.

پرسش نامه های طراحی شده برای هر دو گروه شامل مقیاس پرسش نامه ارزیابی گرفتاری (on a scale assessment problems questionnaire) و پرسش نامه سلامت عمومی GHQ-28 بودند.

نتایج : دو گروه مورد و شاهد بر اساس پرسش نامه ها مورد بررسی قرار گرفتند. که برای نمره ی کلی GHQ-28 بین دو گروه تفاوت معناداری پیدا نشد و برای sleep anxiety, somatic symptom

disorder به ترتیب با  $p=0/001$  و  $p=0/042$  ارتباط معناداری یافت می شود و برای پرسش نامه ی ارزیابی رفتاری در نمره ی کلی و تمام کرایتریها شامل Tension،super vision،worrying،arguing با  $p < 0/05$  ارتباط معناداری یافت شد برای خصوصیات دموگرافیک و میزان استرس ارتباط معناداری یافت نشد بجز برای سطح تحصیلات مراقبت کنندگان که  $p=0/005$  بود.

نتیجه گیری : با توجه به نقش مراقبتی مراقبت کنندگان و میزان استرس وارد به آنها باید مداخلات سایکودینامیک گسترده ای در این زمینه انجام شده و اقدامات حمایتی و آموزشی جهت نقش برجسته ی مراقبتی آنها صورت گیرد.

کلمات کلیدی: دمانس،مراقبت کنندگان(caregivers)،GHQ28،پرسش نامه ارزیابی رفتاری

# مقدمه

دمانس (زوال عقل) یک اختلال مغزی پیش رونده است که سبب از بین رفتن عملکرد عقلانی و فکری (در حافظه، قضاوت، زبان، برنامه ریزی، و ضعف و اختلال شدید در فعالیت های اجتماعی و حرفه ای فرد می شود که می تواند با افسردگی، اضطراب، تغییرات رفتاری و شخصیتی همراه باشد آلزایمر از بیماری هایی است که سبب دمانس می شود، بیماری آلزایمر شایع ترین علت دمانس در افراد مسن می باشد طبق برآورد تقریباً ۴ میلیون آمریکایی مبتلا به آلزایمر هستند که نزدیک به ۱۰ درصد همه ی آنها بالای ۶۵ سال و بیش از نیمی از آنها بالای ۸۵ سال هستند (۱).

بیماران مبتلا به دمانس به همکاری و مراقبت و نظارت برای فعالیت های روزانه نیاز دارند که با توجه به مراقبت گسترده مراقبت کنندگان آنها قبل از مرگ، امید به زندگی در آنها افزایش یافته است. (۲)

از میان نوع مراقبت بیماران، نقش مراقبت مراقبت کنندگان فامیلی، ارزش زیادی در مراقبت دارد، به طوری که مراقبت در محیط خانواده و در خانه شروع بعضی نشانه ها و علائم را به تأخیر می اندازد و نیاز به مراقبت در سطوح بالاتر و حرفه ای تر را کمتر می کند. (۳)

مراقبت بیماران مبتلا به زوال عقل دشوار است و هر چه سطح اختلال رفتاری بیماران بیشتر باشد به همان نسبت نقش مراقبت کنندگان بیشتر می شود. رفتار مراقبت کنندگان در افزایش شیوع افسردگی، اضطراب و حتی سلامت فیزیکی فرد تاثیر زیادی دارد. (۴) بیماران که مراقبت کنندگان آنها یک فهم واقع بینانه راجع به پروگنوز و عوارض کلینیکی بیماری داشته اند، در اواخر زندگی کمتر نیاز به درمان تهاجمی پیدا کرده اند (۵)

شایع ترین استرسورهایی که برای مراقبت دهنده های بیماران مبتلا به دمانس گزارش شده شامل فروپاشی خانوادگی، مشکلات تعطیلات آخر هفته، محدودیت زندگی اجتماعی و اختلال خواب بوده است که این مشکلات در مواردی که بیماران اختلال عملکردی و ضعف روانی-عصبی شدیدتری دارند، بدلیل نقش مراقبتی و مسولیتی بیشتر مراقبت دهنده ها، شایع تر بوده و مشکلات بیشتر را برای مراقبت دهنده ها به

همراه دارد(۶) شیوع افسردگی و استرس در مراقبت دهنده ها،نسبت به غیر مراقبت دهنده ها خیلی بیشتر است که این استرس می تواند به بی خوابی،از دست دادن حافظه کوتاه مدت،مصرف الکل، اختلال در سلامت فرد منجر شود. علاوه بر این علائمی مثل خستگی،اختلالات عصبی و گریه های طولانی برای فرد به همراه دارد.

براساس مطالعه ای که در این زمینه در سال ۲۰۰۶ گزارش شد ۷۰ درصد مراقبت دهنده ها افسردگی داشته اند(۷) مطالعات متنوعی در این زمینه در سطح جهان انجام شده ولی متأسفانه در ایران مطالعاتی که گروه مراقبت کنندگان را مورد بررسی قرار دهد کمتر انجام شده بنابراین هدف از این مطالعه بررسی اختلالات روانپزشکی در مراقبت کنندگان بیماران مبتلا به دمانس و ارتباط خصوصیات دموگرافیک آنها با نحوه ی مراقبتی بیماران می باشد.

کلیات



## زوال عقل (دمانس)

زوال عقل (دمانس) به افت وضعیت شناختی در زمینه ای از سطح ثابت هوشیاری اطلاق می شود. ماهیت ثابت و مستمر تخریب وجه افتراق زوال عقل از نقایص نوسان دار و توام با تغییر هوشیاری در دلیریوم محسوب می شود. زوال عقل به نقایص شناختی چندگانه ای اطلاق می شود که شامل تخریب حافظه بدون اختلال هوشیاری است.

کارکردهای شناختی که در زوال عقل ممکن است آسیب ببیند عبارتند از: هوش کلی، حافظه و یادگیری، زبان، حل مساله، جهت یابی، ادراک، توجه و تمرکز، قضاوت و توانایی های اجتماعی، شخصیت فرد نیز تحت تاثیر قرار می گیرد.

نکات بالینی بسیار مهم زوال عقل عبارتند از شناسایی سندروم و بررسی بالینی از نظر علت آن. اختلال ممکن است پیشرونده یا ثابت، دائمی یا برگشت پذیر باشد. همیشه فرض می شود که علتی زمینه ای دارد، گرچه در موارد نادر تعیین علت اختصاصی غیر ممکن است. برگشت پذیری احتمالی زوال عقل بستگی به اختلال زمینه ای و دسترسی به درمان موثر و استفاده از آن دارد. تقریباً ۱۵ درصد افراد دچار زوال عقل بیماری های برگشت پذیر دارند، به شرط اینکه قبل از پیدایش آسیب های برگشت ناپذیر درمان شود.

## همه گیری شناسی

زوال عقل اساساً بیماری سالمندان است. در ایالات متحده حدود ۱/۵ درصد از افراد بالای ۶۵ سال زوال عقل دارند که این میزان در سنین بالای ۸۵ سال به ۱۶ تا ۲۵ درصد بالغ می شود. حدود ۵ درصد افراد بالای ۶۵ سال به بالا زوال عقل شدید دارند و ۱۵ درصد مبتلا به زوال عقل خفیف هستند. همچنین ۲۰ درصد افراد بالای ۸۰ سال مبتلا به زوال عقل شدید هستند. شایع ترین زوال عقل نوع آلزایمر است و ۵۰ تا ۶۰ درصد کل بیماران دچار زوال عقل به این نوع زوال عقل دچار هستند. شیوع زوال عقل نوع آلزایمر با افزایش سن بالا می رود. میزان شیوع آن در مردان ۶۵ سال به بالا ۰/۶ درصد و در زنان همین گروه سنی ۰/۸ درصد است. در سن ۹۰ سالگی میزان شیوع این بیماری ۲۱ درصد است و ۴۰ تا ۶۰ درصد کلیه ارقام فوق متعلق به موارد متوسط شدید است. شیوع بیماری در جنس مذکر و جنس مونث در سن ۸۵ سالگی به ترتیب ۱۱ و ۱۴ درصد، در سن ۹۰ سالگی ۲۱ و ۲۵ درصد و در سن ۹۵ سالگی ۳۶ و ۴۱ درصد است. بیماران مبتلا به زوال عقل نوع آلزایمر بیش از ۵۰ درصد تخت های آسایشگاه های سالمندان را اشغال می کنند. بیش از ۲ میلیون بیمار مبتلا به زوال عقل در این آسایشگاه ها نگهداری می شوند.

عوامل خطر ساز بروز زوال عقل نوع آلزایمر عبارتند از : جنس مونث، داشتن بستگان درجه یک مبتلا به این اختلال و وجود سابقه ضربه ی سر. سندروم داون نیز بطور مشخص با بروز زوال عقل نوع آلزایمر ارتباط دارد.

دومین نوع شایع زوال عقل، نوع عروقی است که بر اثر بیماری های عروق مغزی ایجاد می شود. افزایش فشار خون شخص را نسبت به این بیماری مستعد می سازد. زوال عقل عروقی ۱۵ تا ۳۰ درصد تمام موارد زوال عقل را تشکیل می دهد. زوال عقل عروقی در سنین ۶۰ تا ۷۰ سالگی بیشتر دیده می شود و در مردان شایع تر از زنان است. تقریباً ۱۰ تا ۱۵ درصد بیماران بطور همزمان زوال عقل عروقی و زوال عقل آلزایمر دارند.

سایر علل شایع زوال عقل که هر کدام ۱ تا ۵ درصد موارد را تشکیل می دهند عبارتند از : ضربه سر، زوال عقل وابسته به الکل و زوال عقل وابسته به انواع اختلالات حرکتی نظیر بیماری هانگتیتون و بیماری پارکینسون از آنجا که زوال عقل سندرومی نسبتاً عمومی است و علل متعدد دارد، بالینگر باید برای تعیین علت آن در هر بیمار بررسی بالینی دقیقی به عمل آورد.

### تشخیص و خصوصیات بالینی

تشخیص های زوال عقل (دمانس) در DSM-IV-TR عبارتند از زوال عقل نوع آلزایمر، زوال عقل عروقی، زوال عقل ناشی از سایر بیمار های طبی عمومی، زوال عقل پایدار ناشی از مصرف مواد، زوال عقل ناشی از علل چندگانه و زوال عقل که به گونه ای دیگر مشخص نشده است.

تشخیص زوال عقل براساس معاینه بالینی بیماری و از جمله معاینه وضعیت روانی و اطلاعات بدست آمده از خانواده، دوستان و کارفرمایان بیمار انجام می شود. در صورت شکایت از تغییر شخصیت در بیماری که سن او بالای ۴۰ سال است، تشخیص زوال عقل باید به دقت مطرح شود.

بالینگر باید به شکایت بیمار در مورد پسرفت هوشی و فراموشکاری و نیز شواهد طفره رفتن، انکار یا دلیل تراشی به منظور پنهان ساختن نقایص شناختی توجه کند. نظم افراطی، کناره گیری از اجتماع یا میل به شرح رخدادها با جزئیات دقیق ممکن است مشخص کننده زوال عقل باشد، علاوه بر آن ممکن است حملات ناگهانی خشم و لحن گزنده نیز دیده می شود. باید به ظاهر و رفتار بیمار توجه شود. بی ثباتی هیجانات، ظاهر نامرتب، اشارات بدون مهار، شوخی های احمقانه یا ادا و اطوار و حالت چهره کند، بی احساسی و منگ بخصوص اگر باتخریب حافظه همراه باشد وجود زوال عقل را مطرح می کند.

تخریب حافظه بطور مشخص یک خصوصیت زودرس و بارز در زوال عقل است؛ بخصوص در زوال عقل های نظیر زوال عقل نوع آلزایمر که قشر مخ را گرفتار می کنند در اوایل زوال عقل، تخریب حافظه خفیف است و معمولاً برای رویدادهای اخیر بارزتر است. بیمار شماره تلفن، مکالمات و رویدادهای روزانه را فراموش می کند. با پیشرفت سیر زوال عقل، تخریب حافظه شدیدتر می شود و فقط قدیمی ترین اطلاعات (نظیر مکان تولد) حفظ می شود.

از آنجایی که حافظه برای وقوف به شخص، مکان و زمان حائز اهمیت است، در جریان بیماری های زوال عقل این اعمال بطور پیشروند، تحت تأثیر قرار می گیرد. برای مثال بیمار مبتلا به زوال عقل ممکن است فراموش کند که پس از رفتن به دستشویی چگونه به اتاق بازگردد. با این حال شدت اختلال جهت یابی هر چقدر باشد، سطح هوشیاری آسیب نمی بیند.

فرآیندهای زوال عقل که بر قشر مخ تأثیر می گذارند (عمدتاً زوال عقل نوع آلزایمر و زوال عقل عروقی) می توانند بر توانایی های زبانی بیمار موثر واقع شوند. DSM-IV-TR زبانپرشی (آفازی) را جزو ملاک های تشخیصی منظور کرده است. اشکال زبانی ممکن است شامل شیوه سخن گفتن مبهم، قالبی، فاقد دقت و حاشیه پردازانه باشد و ممکن است بیمار در نام بردن اشیاء نیز دچار اشکال باشد.

### تغییرات روانی و عصبی

شخصیت. تغییرات در شخصیت فرد مبتلا به زوال عقل برای خانواده بیمار ناراحت کننده است. صفات شخصیتی قبلی ممکن است در جریان بروز زوال عقل تشدید شوند. بیماران مبتلا به زوال عقل ممکن است درونگرا شده و اهمیتی به تأثیر رفتار خود بر دیگران ندهند. افراد مبتلا به زوال عقل که هذیان های پارانوئید دارند عموماً نسبت به اعضای خانواده و مراقبین خود رفتاری خصمانه دارند. بیمارانی که لوب

های پیشانی و گیجگاهی آنان مبتلا است ممکن است تغییرات شخصیتی بارزی نشان دهند و رفتار تحریک پذیر و انفجاری از خود بروز دهند.

توهمات و هذیان ها: حدود ۲۰ تا ۳۰ درصد بیماران مبتلا به زوال عقل (در درجه ی اول بیماران مبتلا به زوال عقل نوع آلزایمر) دچار توهم می شوند و ۳۰ تا ۴۰ درصد آنها هذیان دارند که عمدتاً از نوع پارانوئید یا گزند و آسیب بوده و ماهیت نامنظم و غیرمتشکلی دارند. هر چند هذیان های پیچیده، پر دوام نیز در برخی بیماران گزارش شده است. پرخاشگری جسمی و سایر انواع خشونت در بیماران مبتلا به زوال عقل که نشانه های سایکوتیک (روانپریشانه) هم دارند شایع است.

خلق: علاوه بر سایکوز (روانپرشی) و تغییرات شخصیتی، افسردگی و اضطراب تقریباً در ۴۰ تا ۵۰ درصد بیماران مبتلا به زوال عقل نشانه های عمده ای هستند؛ هر چند سندروم کامل اختلال افسردگی ممکن است در ۱۰ تا ۲۰ درصد این افراد دیده شود. بیماران مبتلا به زوال عقل همچنین ممکن است بدون عامل برانگیزنده آشکار، خنده یا گریه بیمارگون (یعنی حداکثر هیجان) نشان دهند.

تغییرات شناختی: در بیماران مبتلا به زوال عقل علاوه بر زبانپریشی، کردارپریشی (آپراکسی) و نشناسی (agnosia) نیز شایع است و DSM-IV-TR آنها را به عنوان ملاک های تشخیصی بالقوه منظور کرده است. سایر علائم عصبی که ممکن است همراه با زوال عقل دیده شود عبارتند از: ۱- حملات تشنجی که تقریباً در ۱۰ درصد بیماران مبتلا به زوال عقل نوع آلزایمر و ۲۰ درصد بیماران مبتلا به زوال عقل عروقی دیده می شود ۲- تظاهرات عصبی غیر معمول (آتیبیک) نظیر سندروم های لوب آهیانه مغلوب. رفلکس های ابتدایی مثل چنگ زدن، مکیدن، پوزه (snout)، پای تونیک و پالمومتال ممکن است در معاینه عصبی وجود داشته باشد و پرش های میوکلونیک در ۵ تا ۱۰ درصد بیماران دیده می شود.

بیماران مبتلا به زوال عقل عروقی ممکن است نشانه های عصبی دیگری نظیر سردرد، سرگیجه، از حال رفتن، ضعیف، علائم عصبی موضعی و اختلال خواب نشان دهد که احتمالا قابل انتساب به مکان بیماری عروقی مغز هستند.

فلج پسودوبولبر، گفتار پریشی و دیسفاژی نیز در زوال عقل عروقی شایع تر از سایر اختلالات زوال عقل است.

واکنش بحرانی (catastrophic reaction). توانایی بیماران مبتلا به زوال عقل در به کارگیری آنچه Kurt Goldstein آن را نگرش انتزاعی نامید کاهش می یابد. بیمار در تعمیم یک نمونه واحد، ساخت مفاهیم و درک مشابهت ها و تفاوت های بین مفاهیم دچار اشکال می شود. به علاوه توانایی حل مساله، استدلال منطقی، و قضاوت صحیح مختل می شود. گولدشتین همچنین نوعی واکنش بحرانی توصیف کرده است که در آن آگاهی از نقایص هوشی در شرایط استرس آمیز موجب سرآسیمگی بیمار می شود. این بیماران معمولا سعی می کنند با استفاده از روش های نظیر تغییر موضوع، شوخی کردن، یا منحرف کردن ذهن مصاحبه کننده، به گونه ای دیگر نقایص خود را جبران کنند و مانع از آشکار شدن نقص های هوشی خود شوند. فقدان قضاوت و کنترل ضعیف تکانه ها بخصوص در زوال عقل هایی که عمدتا بر لوب پیشانی تاثیر می گذارند، معمولا وجود دارد. نمونه های این اختلالات عبارتند از: زبان خشن، شوخی های نامتناسب، غفلت از ظاهر و بهداشت شخصی و بی توجهی به قواعد مرسوم سلوک اجتماعی.

سندروم غروبزدگی (sundowner syndrome). سندروم غروبزدگی با خواب آلودگی، اغتشاش شعور، آتاکسی و سقوط های اتفاقی مشخص می شود. این سندروم در افراد مسنی که داروی رختوئای بیش از اندازه دریافت کرده اند و بیماران مبتلا به زوال عقل که حتی به مقادیر کم داروهای روانگردان واکنش

نامطلوبی نشان می دهند دیده می شود. سندروم غربی همچنین در بیماران مبتلا به زوال عقل با کاهش محرک های خارجی نظیر نور و سرنخ های جهت یابی بین فردی بروز می کند.

### آسیب شناسی، یافته های جسمی و بررسی آزمایشگاهی

هنگام ارزیابی بیمار دچار زوال عقل بایستی بررسی جامع آزمایشگاهی انجام شود. هدف بررسی شناسایی علل برگشت پذیر زوال عقل و ارائه تشخیص قطعی به بیمار و خانواده او است. طیف علل احتمالی زوال عقل کاربرد انتخابی آزمون های آزمایشگاهی را ایجاب می کند. ارزیابی باید به دنبال ظن بالینی آگاهانه مبتنی بر شرح حال و نتایج حاصل از معاینه جسمی و وضعیت روانی انجام شود. بهبود مداوم روش های تصویربرداری مغز و به خصوص MRI و در برخی موارد امکان تفکیک زوال عقل عروقی از زوال عقل نوع آلزایمر را با دقتی بیش از گذشته فراهم کرده است.

در حال حاضر تحقیقاتی در مورد کاربرد توموگرافی کامپیوتری نشر فوتون (spect) در شناسایی الگوهای متابولیسم مغز در انواع مختلف زوال در دست انجام است؛ کاربرد spect ممکن است به زودی به تشخیص افتراقی بالینی بیماری های نسیانی کمک کند.

معاینه جسمی عمومی جزء معمول بررسی زوال عقل محسوب می شود و ممکن است شواهدی از بیمار های سیستمیک ایجاد کننده کژکاری مغز نظیر بزرگی کبد و انسفالوپتی کبدی را هم کند و یا بیماری سیستمیک مرتبط با فرآیندهای خاصی از CNS را نشان دهد مثلاً به شناسایی سارکوم کاپوزی پزشک باید احتمال وجود ایدز و کمپلکس زوال عقل ایدز را مد نظر بگیرد. یافته های عصبی کانونی مانند ضعف یا هیپرفسکی نامتقارن در زوال عقل عروقی بیش از بیماری اضمحلالی دیده می شود.

علائم لوب پیشانی و رفلکس های ابتدایی در بسیاری از اختلالات مشاهده می شوند و اغلب حاکی از پیشرفت بیشتر بیماری است.

## سیر و پیش آگهی

سیر کلاسیک زوال عقل به این ترتیب است که در دهه ششم و هفتم عمر شروع می شود. سیر قهقرایی تدریجی ظرف ۵ تا ۱۰ سال دارد که نهایتاً منجر به مرگ می شود. شروع و سرعت تخریب در انواع مختلف زوال عقل و طبقات تشخیصی مختلف متفاوت است. میانگین طول عمر پس از شروع بیماری در زوال عقل نوع آلزایمر ۸ سال با محدوده ۱ تا ۲۰ سال است. داده ها حاکی است که شروع زودرس و سابقه خانوادگی زوال عقل احتمالاً با سیر سریعتر بیماری رابطه دارد. در مطالعه ای که اخیراً بر روی ۸۲۱ نفر بیمار مبتلا به آلزایمر انجام شد متوسط طول عمر بیماران ۳/۵ سال گزارش شد. پس از تشخیص زوال عقل، بررسی طبی و عصبی کامل ضرورت دارد، زیرا ۱۰ تا ۱۵ درصد بیماران مبتلا به زوال عقل دچار اختلالاتی هستند که اگر پیش از وقوع آسیب مغزی دائم درمان شوند برگشت پذیرند.

سیر زوال عقل اکثراً با تعدادی علائم پنهان شروع می شود که در ابتدا ممکن است هم بیمار و هم اطرافیان نزدیک او آنها را نادیده بگیرند. شروع تدریجی نشانه ها بیش از همه در زوال عقل نوع آلزایمر، زوال عقل عروقی، اختلالات غدد درونریز، تومورهای مغزی و اختلالات متابولیک دیده می شود. برعکس شروع زوال عقل ناشی از ضربه سر، ایست قلبی همراه با هایپوکسی مغزی یا انسفالیت ممکن است ناگهانی باشد. هر چند نشانه های مراحل اولیه زوال عقل پنهانی و خفیف است، با پیشرفت زوال عقل ممکن است نشانه ها بارزتر شده و سبب شود اعضای خانواده بیمار را پیش پزشک ببرند. بیماران مبتلا به زوال عقل ممکن است نسبت به مصرف بنزودیازپین ها یا الکل حساس باشند و این مواد امکان دارد موجب تشدید رفتار سایکوتیک، پرخاشگرانه یا سرآسیمه بیمار شوند. در مراحل انتهایی زوال عقل بیمار به صدف خالی



شخصیت قبلی خود تبدیل می شود(دچار اختلال شدید جهت یابی،بی ربطی کلام، فراموشکاری و بی اختیاری ادرار و مدفوع می گردد).

### عوامل روانی – اجتماعی

شدت و سیر زوال عقل ممکن است تحت تأثیر عوامل روانی – اجتماعی قرار بگیرد. هر چه هوش و میزان تحصیلات قبل از بیماری فرد بالاتر باشد ، توانایی او برای جبران نقائص هوشی بیشتر خواهد بود. بیمارانی که شروع زوال عقل در آنها سریعتر است نسبت به کسانی که شروع بیماری آنها آهسته تر بوده است از مکانیسم های دفاعی کمتری استفاده می کنند. اضطراب و افسردگی ممکن است نشانه ها را تشدید و تقویت کند . زوال عقل کاذب در افراد افسرده ای دیده می شود که از اختلال حافظه شکایت دارند ولی در واقع دچار اختلال افسردگی هستند. در اینگونه موارد با درمان افسردگی نقائص شناختی برطرف می شود .

### درمان

نخستین قدم در درمان زوال عقل اثبات تشخیص است. تشخیص دقیق الزامی است زیرا با درمان مناسب می توان پیشرفت بیماری را متوقف کرد و یا حتی روند آن را معکوس نمود. اقدامات پیشگیرانه به خصوص در زوال عقل عروقی حایز اهمیت هستند. این اقدامات شامل تغییر رژیم غذایی، ورزش و کنترل دیابت و فشار خون است. عوامل دارویی مورد استفاده عبارتند از داروهای ضد فشار خون،ضد انعقاد یا داروهای ضد پلاکتی.فشار خون باید در بالاترین حد طبیعی تنظیم شود زیرا مشخص شده که این کار کارکرد شناختی را در زوال عقل عروقی بهبود می بخشد. ثابت شده است که فشار خون پایین تر از حد طبیعی سبب تخریب بیشتر کارکرد شناختی بیماران مبتلا به زوال عقل می شود. انتخاب نوع داروی ضد فشار خون اهمیت دارد . زیرا آنتاگونیست های گیرنده بتاآدرنرژیک با تشدید تخریب شناختی همراهند.

مهارکننده های آنزیم مبدل آنژیوتانسین (ACE) و مدرها با تشدید تخریب شناختی همراه نبوده اند و به نظر می رسد بدون تأثیر بر جریان خون مغز فشار خون را کاهش می دهند. تصور می شود که جریان خون مغزی با کارکرد شناختی ارتباط دارد. برداشت پلاک های کاروتید از طریق جراحی در بیماران که به دقت انتخاب شده اند از حوادث عروقی آتی جلوگیری می کند. رویکرد درمانی عمومی درمورد بیماران مبتلا به زوال عقلی عبارت است از تأمین مراقبت طبی حمایتی، حمایت روحی از بیماران و خانواده آنها و درمان دارویی نشانه ها از جمله رفتار مخرب.

### درمانهای روانی - اجتماعی

تخریب قوای ذهنی برای بیماران مبتلا به زوال عقل معنای روانشناختی قابل ملاحظه ای دارد. احساس پیوستگی وجود در طول زمان به وجود حافظه بستگی دارد. در اکثر موارد زوال عقل حافظه نزدیک قبل از حافظه دور از بین می رود و بسیاری از بیماران ضمن مشاهده ناتوانی آشکار خود، به خاطر می آورند که در گذشته چه عملکردی داشته اند و همین باعث ناراحتی شدیدشان می شود. در بنیادی ترین سطح، خویشتن حاصل عملکرد مغز است. با پیشرفت بیماری احساس هویت رو به کاهش می گذارد و بیمار روز به روز گذشته خود را کمتر به خاطر می آورد. درک اینکه احساس نفس در حال زوال است واکنش های هیجانی گوناگونی از افسردگی و اضطراب شدید گرفته تا وحشت بحرانی ایجاد می کند.

بیماران اغلب از روان درمانی آموزشی و حمایتی که در آن ماهیت و سیر بیماری آنها به وضوح برایشان شرح داده می شود. سود می برد. در عین حال ممکن است کمک به آنها برای سوگ و قبول میزان ناتوانی هایشان و توجه به مسائل عزت نفس نیز مفید باشد. بایستی با کمک به بیمار در شناسایی فعالیت هایی که با عملکرد موفقیت آمیز همراهند، حوزه های عملکرد سالم را تقویت کرد.

ارزیابی سایکودینامیک کارکردهای معیوب ایگو و محدودیت های شناختی نیز ممکن است مفید باشد. بالینگر می تواند در یافتن راه هایی برای مدارا با عملکرد معیوب ایگو، نظیر استفاده از تقویم برای مسائل

جهت یابی، تنظیم برنامه برای سازمان دادن به فعالیت ها و یادداشت برداری برای مشکلات حافظه به این بیماران کمک نماید.

مداخلات سایکودینامیک در مورد اعضای خانواده بیماران مبتلا به زوال عقل می تواند کمک فوق العاده ای به آنان بکند. کسانی که از بیمار مراقبت می کنند با مشاهده پسرفت تدریجی بیمار، با احساس گناه، خشم و تحلیل قوا، دست به گریبان هستند. . یک مسأله شایع که در مراقبین بروز می کند از خودگذشتگی در قبال مراقبت از بیمار است. احساس نفرت تدریجی از این فداکاری به دلیل احساس گناهی که ایجاد می کند سرکوب می شود. بالینگر می تواند برای درک احساسات مخلوط و پیچیده ی ناشی از مشاهده سیر قهقرایی فرد محبوب به مراقبین کمک کند و امکان درک و ابراز این احساسات را فراهم کند. بالینگر همچنین باید از تمایل مراقبین برای سرزنش خود و دیگران بخاطر بیماری فرد آگاه باشد و نقش بیمار را در زندگی اعضای خانواده درک کند.

## درمان دارویی

بالینگر می تواند برای بیخوابی و اضطراب بنزودیازپین، برای افسردگی داروهای ضد افسردگی و برای هذیان و توهمات داروی ضد جنون (آنتی سایکوتیک) تجویز کند ، اما باید از آثار منحصر به فرد دارو در افراد سالمند (نظیر تهییج متناقض، اغتشاش شعور و رختزایی مفرط) آگاهی داشته باشد. بطور کلی باید از تجویز داروهایی که خاصیت آنتی کولینرژیک بالایی دارند اجتناب شود، دونپزیل (aricept) ، ریواستیگمین (exelon) ، گالانتیمین (remiryl) و تاکرین (cognex) مهار کننده های کولین استرازی هستند که در درمان تخریب شناختی خفیف تا متوسط بیماری آلزایمر به کار می روند . این داروها غیر فعال شدن ناقل عصبی استیل کولین را کاهش می دهند و در نتیجه سبب تقویت ناقل عصبی کولینرژیک می شوند که این امر نیز به نوبه خود موجب بهبود متوسطی در حافظه و تفکر هدفمند می شود. این داروها در بیمارانی

بیشترین اثر را دارند که دچار نقصان خفیف تا متوسط حافظه هستند و هنوز آن قدر نورون کولینرژیک در قاعده مغز پیشانی آنها باقی مانده است که از تقویت انتقال عصبی کولینرژیک برایشان مفید واقع شود. دونپزیل کاربرد گسترده ای دارد و به خوبی تحمل می شود. تاکرین به دلیل احتمال سمیت کبدی به ندرت مصرف می شود. داده های بالینی ناچیزی در مورد ریواستیگمین و گالانتامین وجود دارد که نشان می دهد ظاهراً عوارض گوارشی و عصبی روانی این داروها بیش از دونپزیل است. هیچ یک از این داروها از اضمحلال پیشرونده نوروپاتی بیماری جلوگیری نمی کنند.

### سایر رویکردهای درمانی

داروهای دیگری که از نظر اثرات تقویت شناختی در دست آزمایش هستند عبارتند از تقویت کننده های عمومی متابولیسم مغز، مسدودکننده های کانال کلسیم و عوامل سروتونرژیک. برخی مطالعات نشان داده اند که سلژیلین (elderly) که یک مهار کننده انتخابی منو آمین اکسیداز نوع B (MAOB) است ممکن است پیشرفت بیماری را کند سازد.

ممانتین (akatinol) نورون ها را در مقابل مقادیر زیاد گلوتامات محافظت می کند (گلوتامات بر روی نورون ها اثرات سمی دارد). این دارو در اروپا مصرف می شود. کاربرد اوندانسترون (zofran) که یک آنتاگونیست گیرنده 5-HT<sub>3</sub> است در دست بررسی است.

درمان جایگزینی استروژن ممکن است خطر افت شناختی را در زنان یائسه کاهش دهد اما برای اثبات قطعی این تأثیر باید مطالعات بیشتری انجام شود. در مطالعات مربوط به طب مکمل و جایگزین اثرات مثبت گیاه ginkgo biloba و سایر داروهای گیاهی بر روی قوای شناختی در دست بررسی است. گزارشاتی وجود دارد مبنی بر این که خطر بروز بیماری آلزایمر در بیماران که داروهای ضد التهاب غیر

استروئیدی مصرف می کنند کاهش می یابد. (۸،۹،۱۰،۱۱،۱۲،۱۳،۱۴،۱۵)